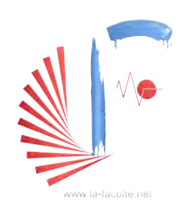
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













TUMEURS DE LA VESSIE

- tumeurs épithéliales dans 98% des cas :
  - 90% carcinome à cellules transitionnelles = épithélioma paramalpighien
  - 3% adénoK,
  - 3% K épidermoïde
- 2ème cancer urologique après celui de la prostate
- Prédomine chez l'homme > 50ans
- Les tumeurs se développent là ou l'urine stagne (trigone, diverticule)

Facteurs de risques :

- Tabac : 1ère cause
- Exposition professionnelle : dérivée d'hydrocarbure (benzidine), colorant et aromatique, industrie de la teinture, caoutchouc, métallurgie, goudron (dérivées de l'aniline)
- Bilharziose urinaire : carcinome épidermoïde
- Médicamenteuse : phénacétine (antalgique), cyclophosfamide
- Congénital : uropathie des Balkans
- Irradiations pelviennes, alcool, malformations congénitales

Anapath :

- classification OMS

1- tumeurs urothéliales :

a. **tumeurs bénignes** : papillomes

b. **tumeurs malignes** :
  - carcinome à cellules transitionnelles = épithélioma paramalpighien = carcinome excréto-urinaire :
    - grade I : bien différentié
    - grade II : moyennement différentié
    - grade III : peu différentié
  - classification TNM :
    - Tis : carcinome in situ
    - T1 : envahissement du chorion
    - T2 : envahissement du muscle
    - T3 : envahissement de la graisse périvésicale
    - T4 : envahissement de la paroi ou extra vésicale

    - N1 : GGL unique < 1cm
    - N2 : GGL unique < 5cm ou GGL multiples
    - N3 : GGL unique ou multiples > 5cm
    - M+ : métastase (foie, poumon, os)

⇨ **tumeur superficielle de la vessie** dans 75%des cas avec risque de récidive sous un mode superficiel ou infiltrant

⇨ **tumeurs infiltrantes** : 20%, s'associe à des lésions type CIS (mauvais pronostic)

- **autres** : carcinome épidermoïde (mauvais Pc, zone d'endémie bilharziose), adénocarcinome (plus fréquent chez la femme)

2- **tumeurs non épithéliales** : lymphome, sarcome, phéochromocytome

Clinique :

- hématurie : très fréquente, terminale, macroscopique
- irritation vésicale : dysurie, pollakiurie…
- douleurs lombaires à un stade tardif par retentissement sur le haut arbre urinaire
- découverte lors d'une cytologie urinaire chez les sujet exposé et à risque professionnel
- découverte fortuite : écho, UIV
- examen complet + TR

Paraclinique :

1) **échographie** : tm > 1cm
2) **UIV** : dans le bilan exploratoire d'une hématurie => images lacunaires, vessie rigide
3) **ECBU** : réalisé avant toute endoscopie
4) **Cystoscopie** (examen clef) : intérêt Dc et thérapeutique
5) **Cytologie urinaire** : intérêt Dc et suivie surtout pour les CIS (desquamation)
6) **Bilan d'extension** : écho, TLT, TDM…

Traitement

1) chirurgie :

- TRT conservateur avec ablation de la tumeur en totalité
- cysto-prostatectomie en bloc chez l'homme
- cysto-urétrectomie chez la femme
- curage ganglionnaire
    - création d'une néo-vessie avec système anti reflux

2) radiothérapie :

- isolée ou en préopératoire

3) chimiothérapie :

- locale instillation : BCG, mytomicine C (MMC) => diminue le risque de récidive
- générale : méthotrexate, vincristine, adriamycine

4) indications :

- **TV superficielles** :
    - résection endoscopique complète + instillation endo-vésicale
    - si récidive précoce => traitement radical
- **Tumeurs infiltrantes de la vessie :**
    - cystectomie totale avec ou sans remplacement
    - patient inopérable : radio + chimiothérapie => résection chirurgicale

5) surveillance :

- cytologie (chaque 3mois), cystoscopie + échographie (6mois)